

طلب للحصول على منافع طبية بسبب الأمومة
APPLICATION FOR MATERNITY MEDICAL BENEFITS



هذا الطلب للنساء الحوامل اللواتي تفوق سنهن 19 سنة واللواتي يردن الحصول على منافع طبية.

إن كنتي إمرأة حامل ويبلغ سنك 19 سنة أو أكثر، الرجاء ملأ هذه الاستمارة وارسلها إلى مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي (Community Service Office - CSO) التابع لقسم الخدمات الصحية والاجتماعية (Department of Social & Health Services). إن كان لديك سؤال، الرجاء الاتصال هتفيًا بمنظمة «الأمهات الأصحاء، الأطفال الأصحاء» (Healthy Mothers, Healthy Babies).

1-800-322-2588
بالنسبة للصم والبكم، استعملوا رقم الهاتف التالي: 1-800-833-6385

إذا كنتي:

- حاملاً دون سن 19، اتصلي بالرقم 1-800-848-3022-1-800-562-3022 (بالنسبة للصم والبكم: 1-800-5429).
- حاملاً وبالغة وتریدين تقديم طلب للحصول على المنافع الصحية الأساسية بسبب الأمومة؛
إتصل بالرقم التالي: 1-800-660-9840.
- بالغة وغير حامل وتریدين الحصول على قسيمات الطعام (Food Stamps) أو مساعدة مالية،
أتصلى بالكتب المحلي للخدمات الإجتماعية (CSO). يجب أن تقدمي استماراة صفراء للمساعدة
(x) DSHS 14-001. لحتى تحصل على رقم مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي، أنظر في
الصفحات الزرقاء (المخصصة للإدارات الحكومية) لدليل الهاتف، وذلك تحت القائمة الخاصة
بولاية واشنطن (Washington State)، وابحث عن رقم مكتب الخدمات الاجتماعية بمنطقتك
. (Community Service Office - CSO)

الرعاية الصحية للمرأة الحامل... مجاناً.

كيفية تقديم الطلب

هذه قائمة في الوثائق المطلوبة لتساعدك على ملأ الاستمارة وتقديم الطلب:

○ الدخل العائلي: أي دخل تحصل عليه عائلتك. استعمل البيانات من:

- إيصالات الراتب الحديثة للزوج/ الزوجة أو دخل الأسرة.
- رسالة من مستخدمك يذكر فيها قيمة راتبك الإجمالي (قبل الضرائب).
- إتفاقية من المحكمة لرعاية الأطفال، إن كنت تحصل على إعالة الأطفال.
- سجلات العمل بالنسبة للثلاثين يوما الأخيرة، إن كنت صاحب مهنة حرة.
- رسائل الموافقة على منافع أخرى (مثل: إدارة قدماء المُحاربين، العمل والصناعات، البطالة، الضمان الاجتماعي).

○ أدخل رقم الضمان الاجتماعي للمرأة الحامل

و

○ شهادة في الحمل من مُقدم خدمات طبية مثل طبيب أو ممرضة أو تقني مخفرى.

الرجاء إرسال كامل البيانات مرفوقة بالوثائق التالية، شهادة في الدخل وشهادة في الحمل، إلى مكتب الخدمة الإجتماعية المحلي (Community Service Office - CSO).

بالنسبة للنساء الحوامل المُنخرطات حاليا في برنامج الصحة الأساسي (Basic Health)، عليهم الاتصال بالرقم التالي: 1-800-660-9840 للحصول على استمارة الطلب للحصول على منافع الأمومة لبرنامج الصحة الأساسي - (Basic Health Maternity Benefits).

طلب للحصول على منافع بسبب الأمومة
APPLICATION FOR MATERNITY MEDICAL BENEFITS



الرجاء قراءة ما يلي قبل ملء الاستماراة.

هذه الاستماراة هي تصريح بحالة المرأة الحامل التي تحتاج إلى عناية طبية. حتى نتمكن من معرفة ما إذا بإمكاننا مساعدتك، الرجاء الإجابة عن كل الأسئلة. الرجاء الكتابة بالخط الواضح.
 ما هو اسم المنظمة التي ساعدت مقدمة الطلب على ملء الاستماراة

اللقب العائلي	الاسم الثاني	1. الاسم الأول				
الرمز البريدي	الولاية	المدينة				
الرمز البريدي	الولاية	المدينة				
2. عنوان السكن الشارع						
3. عنوان المراسلة الشارع (إن كان مختلفاً)						
4. أرقام الهاتف:						
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	المنزل ()				
		الشفل ()				
		مسجلة الرسائل ()				
5. هل تجدين صعوبة في التحدث أو القراءة أو الكتابة بالإنجليزية؟						
هل تحتاجين إلى مترجم؟ إذا كانت الإجابة نعم سيكون الاتصال عن طريق مترجم ما هي لغتك؟						
6. ما هو تاريخ الولادة المنتظر بالنسبة للمرأة الحامل؟						
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	7. هل تشكو المرأة الحامل من أي حالة مرضية تستوجب عناية طبية على الفور؟				
بيانات عامة						
8. أذكر أسماء كل الأفراد الذين يعيشون معك بنفس المنزل، بما في ذلك مقدم الطلب. استعمل الأسماء الكاملة لكل فرد. لا تستعمل الألقاب أو الكنية. إذا لم تعرف رقم الضمان الاجتماعي لأحد الأفراد، اترك فراغا.						
الجنس ذكر أم أنثى	رقم الضمان الاجتماعي	*أمريكي البنسبة نعم لا	طلب للحصول على منافع نعم لا	تاريخ الميلاد (الشهر/ اليوم/السنة)	علاقته بك	الاسم (الأول، الثاني، اللقب)
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		صاحب الطلب	A.
						B. أذكر قائمة الأشخاص الآخرين المقيمين معك بالمنزل
						C.
						D.
						E.
						F.
						G.
						H.
المصاريف						
إن كان الجواب نعم، ما هو المبلغ الشهري؟ \$			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	9. هل تأجر شخصاً لرعاية أطفالك أو لرعاية شخص ثانٍ من العائلة لما تكون بقصد العمل؟		
إن كان الجواب نعم، ما هو المبلغ الذي تدفعه شهرياً؟ \$			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	10. هل تتتكلف بباعالة طفل لا يسكن معك بنفس المنزل؟		

* إن لم تكن مواطناً أمريكياً، أجب على الأسئلة في الصفحة 3. حول وضعية الهجرة

أدخل إجمالي الأجرة التي تتلقاها (ليست بالأجرة التي تحصل عليها بعد الضرائب). أدخل «٥٠» إن كنت أنت أو زوجك عاطل عن العمل.

العمل			
دخل الزوج (الزوجة) من العمل، (إن كنت متزوجا)		الدخل	
13. اسم المستخدم ورقم الهاتف		11. اسم المستخدم ورقم الهاتف	
14. المبلغ الذي تتقاضاه قبل الضرائب: \$ _____ أسبوعيا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر عدد ساعات العمل في كل أسبوع _____	<input type="checkbox"/> أسبوعيا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر عدد ساعات العمل في كل أسبوع _____	12. المبلغ الذي تتقاضاه قبل الضرائب: \$ _____ <input type="checkbox"/> أسبوعيا <input type="checkbox"/> كل أسبوعين <input type="checkbox"/> مرتين في الشهر شهريا _____	
من هو الفرد الذي يتتقاضى هذا الدخل؟	كم من مرة تتتقاضى هذا الدخل؟	المبلغ	دخل إضافي
		\$	15. إعالة الأطفال أو نفقات الطلاق
		\$	16. نفعات من الضمان الاجتماعي
		\$	17. منافع بسبب البطالة
		\$	18. فادة من حساب بنكي
		\$	19. منافع بوصفك من قدماء المحاربين
		\$	20. العمل والصناعات
		\$	21. توزيع من القوات المسلحة
		\$	22. دخل آخر (الرجاء ذكر نوع الدخل)

كيفية تلقيب

23. هل لديك حاليا تأمينا طبيا؟ نعم لا

إن كان الجواب «نعم»، الرجاء ذكر اسم شركة التأمين أو الموظف، عدد عقد التأمين واسم صاحب العقد ورقم الضمان الاجتماعي. حتى وإن كانت لديك تأمين صحي، فمن المحتمل أن تتأهل للحصول على منافع طبية.

رقم الضمان الاجتماعي	اسم صاحب عقد التأمين	عدد عقد التأمين	اسم شركة التأمين أو اسم الموظف

24. هل تلقى أي فرد من العائلة خدمات طبية خلال الثلاث أشهر الماضية، بما في ذلك خدمات الأمومة و/ أو إدارة حالة الأمومة؟

نعم لا

بيانات اختيارية

إننا نطلب منك أن تمدنا بمحض إرادتك بالبيانات المتعلقة بالجنس والعرق. لن تستعمل هذه البيانات أثناة تحديد أهليتك للحصول على المساعدة.

أبيض فقازاري إسباني أسود من الهند الحمر فيتنامي/لاوسي/كمبودي
آسيوي أو من جزر الباسيفيك آخر

إقرأ ما يلي بعناية قبل الإمضاء

إنني مُتفهم أنه:

- علي أن أعلم في الحال قسم الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS) كتابياً أو عن طريق الهاتف، بكل تغييرات تحصل في وضعتي. إن الإعلام المؤخر قد يتسبب في منافع خاطئة
- بامكان قسم الخدمات الاجتماعية والصحية وأي وكالة حكومية أو فيدرالية ثانية من التدقيق في معلوماتي والتحقق منها.
- علي أن أثبت أهليتي للحصول على المساعدة (المنافع)، قد يساعدني قسم الخدمات الاجتماعية والصحية على الحصول على هذه الأدلة أو على الاتصال بأشخاص آخرين أو وكالات أخرى لهذا الغرض
- بتقديم هذا الطلب، وبالحصول على منافع العناية الطبية، إنني أحول لولاية واشنطن كل الحقوق للمساعدة الطبية والدفوعات لطرف ثالث مقابل العناية الطبية.
- قد يتقاسم قسم الخدمات الاجتماعية والصحية بيانات تلقيح أطفالكم مع قسم صحة الأطفال والتلقيح (Department of Health's Child Profile Immunization Traking System)
- إنني مُتفهم أن هذا الطلب للحصول على منافع طبية للمرأة الحامل فقط. إن كانت عائلتي محتاجة لمساعدة مالية أو قسيمات الطعام، علينا أن نتقدم بطلب لمكتب الخدمات الاجتماعية (Community Services Office) لقسم الخدمات الاجتماعية والصحية.

وضعية المهاجرة

الرجاء الإجابة عن الأسئلة التالية بالنسبة لكل شخص متقدم بطلب للحصول على منافع طبية وليس بمواطن أمريكي، فيما عدا الطلبة والزوار الأجانب. إذا كان لديك وثيقة شرعية للهجرة، أرفق نسخة من كلا الجهازين لهذه الوثيقة. ليس عليك أن تقدم دليلاً لوضعية المهاجرة بالنسبة لأفراد العائلة الذين لم يتقدموا بطلب للحصول على المنافع.

إذا لم تكن مواطناً أمريكياً	هل أعطيت وثيقة تظهر وضعتك القانونية أمام الهجرة؟	هل أنت مواطن أمريكي؟	اسم الشخص المتقدم بالطلب	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	اللقب العائلي	الاسم
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	اللقب العائلي	الاسم
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	اللقب العائلي	الاسم
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	اللقب العائلي	الاسم
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	اللقب العائلي	الاسم

التصرير والإمضاء

لقد قرأت وفهمت كل البيانات الموجودة بهذا الطلب. إنني أصرح، تحت عقوبة قانونية، أن البيانات التي قدمتها في هذا الطلب هي صحيحة وحقيقية وكاملة إلى أقصى حدود معرفتي.

التاريخ	إمضاء صاحب الطلب
---------	------------------

إن التمييز من نوع في كل البرامج والخدمات التي يديرها قسم الخدمات الاجتماعية والصحية. لا يمكن التفريق والتمييز بين الأشخاص بناءً على العرق أو اللون أو الجنسية أو العقيدة أو الدينية أو الجنس أو السن أو الإعاقة، في نطاق التوظيف أو الخدمات أو أي جانب آخر من تنشيطات هذا البرنامج.